

CHANGE REPORT

AVISO DE CAMBIO

NOMBRE DEL CASO	NUMERO DEL CASO
NOMBRE DE TRABAJADOR/A	LOCALIDAD

Usted debe comunicar ciertos cambios en las circunstancias de su casa. Estos cambios aparecen en la PARTE I y tienen que ser comunicados dentro de 10 días de la fecha en que usted sepa por primera vez del cambio. También es posible que usted quiera comunicar otros cambios porque puede ser que usted esté elegible por más cupones de comida de las que usted actualmente reciba. Estos cambios aparecen en la PARTE II. Usted puede comunicar un cambio mandando este formulario por correo, entregándolo a la agencia o diciéndoselo a su trabajador/a o a cualquier miembro del personal de la agencia. Llame de cobro revertido si se trata de larga distancia. Teléfono _____

Se usará la información que usted dé para determinar si cambiará su asistencia de cupones de comida. Si cambia su asistencia, usted recibirá una notificación explicando el cambio. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión usted puede pedir una audiencia justa para explicar por qué usted cree que nos equivocamos, y un oficial de audiencia decidirá si usted tiene razón. La notificación dará información sobre cómo pedir una audiencia justa.

PARTE I CAMBIOS QUE USTED DEBE COMUNICAR

A. CAMBIO DE DIRECCION

Nueva dirección (Calle, número de apartamento)	Ciudad, estado, código postal	Teléfono
--	-------------------------------	----------

B. CAMBIO DE GASTOS DE ALOJAMIENTO RELACIONADOS CON ESTA MUDANZA: Dé la nueva cantidad y la frecuencia con que usted recibe las cuentas. Si usted pidió la NORMA DE SERVICIOS PUBLICOS y sus gastos por servicios pasan de esta NORMA, usted puede reclamar los gastos efectivos de servicios.

Alquiler o hipoteca \$ _____ por	Impuestos sobre propiedad \$ _____ por	Seguro de casa \$ _____ por	Electricidad \$ _____ por
Gas \$ _____ por	Petróleo \$ _____ por	Queroseno, Carbón, Leña, etc. \$ _____ por	Cantidad de cada uno
Agua/Desagüe \$ _____ por	Basura \$ _____ por	Teléfono (sólo servicio básico) \$ _____ por	Costo de instalación servicios/teléfono \$ _____ por

C. ALGUIEN SE HA INSTALADO EN LA CASA: Inclúyanse niños recién nacidos

Nombre	Fecha de mudanza	Parentesco a usted	Número seguro social
Fecha de nacimiento		Raza (no se Sexo requiere)	Estado Civil
¿Ciudadano/a de los EE.UU? Si () No ()	Extranjero: Número de extranjero, fecha de entrada	Ultimo año completado en la escuela	¿Asiste ahora a la escuela? Si () No ()

D. ALGUIEN HA DEJADO LA CASA: Inclúyase a alguien que haya muerto.

Nombre	Fecha de salida	Nombre	Fecha de salida
--------	-----------------	--------	-----------------

E. CAMBIO DE INGRESOS: Ponga en lista cualquier nueva fuente de ingresos que ya no se reciba. Incluya cambios de los ingresos de su casa porque alguien ha entrado o salido. No incluya cambios de la cantidad de su cheque de TANF o Auxilio General.

Cambio de Ingresos No Ganados de más de \$25 (no dinero que usted recibe de trabajar):

Nombre	Fuente de Ingresos	Fecha de comienzo, cambio, o terminación	Cantidad recibida \$
--------	--------------------	--	----------------------

Cambios de Ingresos Ganados (dinero que usted recibe de trabajar):

Si usted comienza un empleo:

Nombre	¿Dónde?	¿Cuándo comenzó?	Fecha de 1ra paga	¿Cuánto? \$ _____ por	Frecuencia de paga?
--------	---------	------------------	-------------------	-----------------------	---------------------

Si usted sale de un empleo:

Nombre	¿Dónde?	¿Cuándo salió?	Fecha de ultima paga	Razón por la cual salió
--------	---------	----------------	----------------------	-------------------------

Si el Departamento de Servicios Sociales ya sabe de su empleo, informe sobre cambios de razón de paga o si sus horas de trabajo cambian de TIEMPO COMPLETO a TIEMPO PARCIAL o de TIEMPO PARCIAL a TIEMPO COMPLETO:

Cambios de tipo de sueldo:

Nombre	¿Dónde?	¿Cuándo cambió?	¿Cuánto por hora, día, semana, etc.? \$ _____ por
--------	---------	-----------------	---

Cambios de horas de trabajo:

Nombre	¿Dónde?	¿Cuándo cambió?	¿Cuánto horas?	Tiempo Completo o Tiempo Parcial?
--------	---------	-----------------	----------------	-----------------------------------

F. CAMBIOS DE VEHICULOS MOTORIZADOS: Dé cualquier cambio de vehiculos motorizados licenciados y poseidos por cualquier persona en su casa. Inclúyanse carros, camiones, camionetas, botes a motor, casas a remolque con motor/casas móviles, vehiculos de recreo, o motocicletas/ciclomotores que alguien ha comprado, vendido, trocado, recibido o dado.

() Vehiculo poseido <u>ahora</u>	Tipo de vehiculo: Año - Marca - Modelo	Valor \$	¿Cómo usado?	Fecha de adquisición
() Vehiculo poseido <u>ahora</u>	Tipo de vehiculo: Año - Marca - Modelo	Valor \$	¿Cómo usado?	Fecha de adquisición

G. CAMBIOS DE OTROS RECURSOS: Dé cualquier cambio de efectivo, dinero en cualquier tipo de cuenta, o acciones y bonos poseidos por cualquier persona en su casa. COMUNIQUE LOS CAMBIOS SOLO si la cantidad total de todos los recursos poseidos por los de su casa, incluyendo vehiculos motorizados, pasa de los \$2000, o de los \$3000 si alguien en su casa tiene 60 años o más.

Nombre	Tipo de recurso	Cantidad \$	Fecha de adquisición
--------	-----------------	----------------	----------------------

PART II OTROS CAMBIOS QUE USTED TAL VEZ QUIERE COMUNICAR

A. CAMBIO DE GASTOS DE ALOJAMIENTO NO RELACIONADOS A UNA MUDANZA:

Alquiler o hipoteca	Impuestos sobre Propiedades \$ por	Seguro de casa \$ por	Electricidad \$ por
Gas \$ por	Petróleo \$ por	Queroseno, Cabón, Leña, etc. Dé las cantidades	
Agua/Desagüe \$ por	Basura \$ por	Télefono (Sólo Servicio Básico) \$ por	Costo de instalación de servicios o teléfono \$

B. CAMBIOS DE GASTOS POR CUIDADO DURANTE EL DIA: Dé cualquier cambio de gastos por cuidado durante el dia para un niño o un adulto de 60 años o más o con una incapacidad. El cuidado durante el día tiene que permitir que alguien en su casa busque trabajo, que realmente trabaje, que asista a entrenamiento o educación relacionados con el trabajo, o que participe en un Programa de Empleo y Entrenamiento para Cupones de Comida (FSET).

Persona que paga el cuidado	Persona que recibe el cuidado	Cantidad de la cuenta \$	¿Con qué frecuencia?
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------

C. CAMBIOS DE GASTOS MEDICOS: Dé cualquier cambio de \$25 para gastos medicos para cualquier persona de 60 años o más o para cualquier persona con una incapacidad. Hable con su trabajador/a sobre cómo usted quiere que se substraiga.

Nombre	Tipo de gasto	Cantidad de la cuenta \$
--------	---------------	-----------------------------

D. CAMBIO DE LEGALMENTE OBLIGADO MANTENIMIENTO DE NIÑO/S PAGADO A OTRA CASA

Persona que paga mantenimiento	Persona que recibe mantenimiento	Cantidad legalmente obligado \$ por	Cantidad pagada \$ por
--------------------------------	----------------------------------	--	---------------------------

PART III ¿POR CUANTO TIEMPO MAS SE ESPERA QUE CONTINUAN LOS CAMBIOS?

() SI () NO ¿Supone usted que cualquier cambio dado en este relato continuará más allá de este mes? En CASO AFIRMATIVO, explique.

ADVISO DE PENA

- NO DE INFORMACION FALSA, NI OCULTE INFORMACION PARA CONTINUAR RECIBIENDO CUPONES DE COMIDA.
- NO LE DE O VENDA CUPONES DE COMIDA NI TARJETAS ATP A NADIE QUE NO ESTE AUTHORIZADO A USARLOS PARA LA CASA DE USTED.
- NO LE HAGA NINGUN CAMBIO A NINGUNA TARJETA ATP PARA CONSEGUIR CUPONES DE COMIDA A LOS CUALES USTED NO TENGA DERECHO.
- NO USE CUPONES DE COMIDA PARA COMPRAR BEBIDAS ALCOHOLICAS, TOBACO, U OTROS ARTICULOS INELEGIBLES.
- NO USE LOS CUPONES DE COMIDA O LA TARJETA ATP DE OTRA PERSONA PARA LA CASA DE USTED.

A CUALQUIER PERSONA QUE INTENCIONADAMENTE VIOLE CUALQUIERA DE ESTAS REGLAS SE LE PUEDE EXCLUIR DEL PROGRAMA DE CUPONES DE COMIDA POR 12 MESES PARA LA 1ERA VIOLACION, 24 MESES PARA LA 2A VIOLACION, Y PARA SIEMPRE PARA LA 3RA VIOLACION; SE LE PUEDE SOMETER A UNA MULTA DE \$250,000, A UNA SENTENCIA EN LA PRISION DE HASTA 20 AÑOS, O LAS DOS; SE LE PUEDE SUSPENDER POR 18 MESES ADICIONALES Y ADEMÁS PROCESAR BAJO OTRAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES. A CUALQUIER PERSONA QUE INTENCIONADAMENTE DE INFORMACION FALSA U OCULTE INFORMACION SOBRE INDENTIDAD O RESIDENCIA PARA RECIBIR BENEFICIOS DE CUPONES DE COMIDA EN MAS DE UNA LOCALIDAD A LA VEZ, LE PUEDEN EXCLUIR DEL PROGRAMA DE CUPONES DE COMIDA POR 10 AÑOS.

A CUALQUIER PERSONA QUE LE HAYA DECLARADO CULPABLE DE TROCAR O VENDER CUPONES DE COMIDA CON VALOR DE MAS DE \$500, LE PUEDEN EXCLUIR PARA SIEMPRE. A CUALQUIER PERSONA DECLARADA CULPABLE DE TROCAR CUPONES DE COMIDA POR UNA SUSTANCIA CONTROLADA SE LE PUEDE EXCLUIR POR 24 MESES PARA LA 1RA VIOLACION Y PARA SIEMPRE PARA LA 2A VIOLACION. A CUALQUIER PERSONA DECLARADA CULPABLE DE TROCAR CUPONES DE COMIDA POR ARMAS DE FUEGO, MUNICIONES, O EXPLOSIVOS SE LE PUEDE EXCLUIR PARA SIEMPRE PARA LA 1RA VIOLACION.

Yo declara que toda la información que di en este formulario es correcta y completa según mi entender y creencia.
Firma _____ Fecha _____

El Departamento de Servicios Sociales de Virginia es una agencia de igualdad de oportunidades.